

Année 1913 — FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS — N°

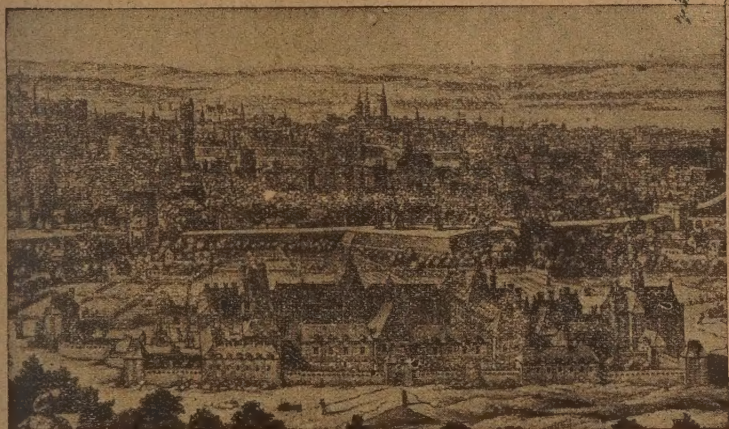
THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Roger-Louis-Émile BONNAUD

Né à Ruffec (Charente), le 26 juillet 1887

129



LES

TUBERCULOSES SARCOIDES CUTANÉES

Président : M. GAUCHER, professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, Rue Racine (VI^e)

1913

129

THÈSE
POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE

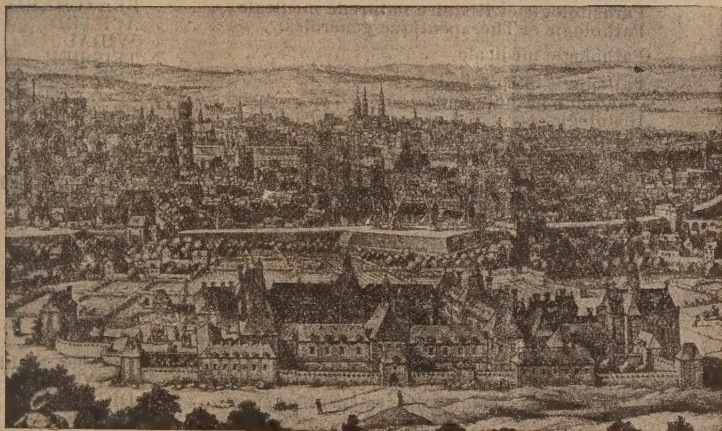
Année 1913 — FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS — N°

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Roger-Louis-Émile BONNAUD

Né à Ruffec (Charente), le 26 juillet 1887



LES

TUBERCULOSES SARCOIDES CUTANÉES

Président : M. GAUCHER, professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUBE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, Rue Racine (vi^e)

—
1913

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN, M. LANDOUZY

PROFESSEURS

MM

Anatomie.	NICOLAS
Physiologie.	CH. RICHEL
Physique médicale.	WEISS
Chimie organique et Chimie générale.	DESGREZ
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.	BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générales.	ACHARD
Pathologie médicale.	WIDAL
Pathologie chirurgicale.	TEISSIER
Anatomie pathologique.	LEJARS
Histologie.	PIERRE MARIE
Opérations et appareils.	PRENANT
Pharmacologie et matière médicale.	HARTMANN
Thérapeutique.	POUCHET
Hygiène.	MARFAN
Médecine légale.	CHANTEMESSE
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	THOINOT
Pathologie expérimentale et comparée.	LETULLE
	ROGER
Clinique médicale.	DEBOVE
	LANDOUZY
	GILBERT
	CHAUFFARD
	HUTINEL
Maladies des enfants.	
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	GILBERT BALLET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux.	DEJERINE
	DELBET
Clinique chirurgicale.	QUENU
	RECLUS
	SEGOND
Clinique ophtalmologique.	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires.	LEGUEU
	BAR
Clinique d'accouchements.	PINARD
	RIBEMONT-DESSAIGNE
Clinique gynécologique.	POZZI
Clinique chirurgicale infantile.	KIRMISSON
Clinique thérapeutique.	ALBERT ROBIN

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

BALTHAZARD	DUVAL (P.)	LEQUEUX	RATHERY
BERNARD	GOUGEROT	LERI	REITTERER
BRANCA	GREGOIRE	LOEPER	RICHAUD
BRINDEAU	GUENIOT	MACAIGNE	ROUSSY
BROCA (A.)	GUILLAIN	MAILLARD	ROUVIERE
BRUMPT	JEANNIN	MORESTIN	SCHWARTZ
CAMUS	JOUSSET (A.)	MULON	SICARD
CARNOT	LABBE (M.)	NICLOUX	TERRIEN
CASTAIGNE	LANGLOIS	NOBECOURT	TIFFENEAU
CHEVASSU	LAIGNEL-LAVASTINE	OKINCZYC	ZIMMERN
CLAUDE	LECENE	OMBREDANNE	
COUVELAIRE	LENORMANT	PROUST	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS ET MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR GAUCHER

Professeur de clinique des maladies cutanées et syphilitiques
à la Faculté

Médecin de l'hôpital Saint-Louis

Membre de l'Académie de Médecine

Président de l'Association générale des médecins de France

INTRODUCTION

La question des sarcoïdes est un sujet sur lequel on n'est pas encore très d'accord, et, avant de l'aborder, nous ne nous faisons aucune illusion sur sa complexité. Nous connaissons les discussions et hypothèses étiologiques que soulève chaque observation nouvelle, d'autant plus qu'aucune est rarement superposable à celle qui l'a précédée.

Cependant, nous avons cru pouvoir entreprendre ce travail, possédant certains arguments que nous avons pensé susceptibles de faire faire un pas de plus à cette question encore en suspens : nous voulons parler de *l'étiologie tuberculeuse très fréquente* de la plupart des cas que l'on a occasion d'observer ; nous apportons, en effet, quelques preuves, et non des moindres, puisqu'il s'agit de cas, soit avec inoculation expérimentale positive, soit avec structure nettement tuberculeuse et bacillose concomitante du sujet.

Nous savons que les auteurs italiens ont mis à découvert des *blastomycètes* dans des cas dûment catalogués *sarcoïdes*, mais cette notion, loin de s'opposer à notre thèse, viendra au contraire lui

prêter concours pour mettre en lumière la diversité des faits englobés dans une même expression clinique.

Étant donnée cette origine bacillaire supposée jusqu'ici la plus fréquente, notre travail aura surtout pour but de chercher à la démontrer.

Reprenant, dans une vue d'ensemble, toute cette vieille question des sarcoïdes depuis son début, nous ferons suivre plus particulièrement à notre étude le plan suivant :

1° *Historique des sarcoïdes :*

a) Depuis Kaposi jusqu'à Bœck ;

b) De Bœck à nos jours.

(Pour ce qui est du premier paragraphe, nous emprunterons surtout nos données à un travail précédent de M. le professeur agrégé Gougerot.)

2° *Où en est actuellement la question ; vaste résumé où nous analyserons ce qui semble se dégager des travaux contemporains ;*

3° *Observations ;*

4° *Ce que vaut désormais le terme sarcoïde, et pourquoi nous proposons l'adoption de l'expression tuberculose sarcoïde cutanée pour ce qui a trait à celles de ces lésions démontrées bacillaires ;*

5° *Ce que nous savons des tuberculoses sarcoïdes cutanées, court chapitre d'ensemble où, après une définition générale, nous passerons en revue les symptômes, donnerons une classification empruntée à M. Gougerot, nous étendrons un peu plus profon-*

dément sur quelques-uns des types les plus connus et reprendrons en général l'anatomo-pathologie, pathogénie, donnant quelques rapides indications sur le diagnostic et traitement.

Enfin, nous manquerions à tous nos devoirs si nous n'adressions ici nos remerciements à tous ceux qui nous ont dirigé dans nos études médicales, et particulièrement à M. le professeur agrégé Gougerot, dont les conseils et les encouragements nous ont été d'un précieux secours pour l'achèvement de ce travail.

LES TUBERCULOSES SARCOIDES CUTANÉES

CHAPITRE PREMIER

Historique des sarcoïdes

a) *Les sarcoïdes, de Kaposi à Bæck.* — C'est dans son *Lehrbuch der Hautkrankheiten*, paru à Vienne en 1893, que nous lisons, pour la première fois, ce terme *sarcoïde*, employé par Kaposi, pour désigner indifféremment toutes les néoplasies cutanées lympho-conjonctives, aussi bien bénignes que malignes; mais, dans l'esprit de cet auteur, ce terme n'est nullement définitif; il le crée pour mettre seulement en évidence les ressemblances de ces néoplasies avec les tumeurs sarcomateuses; c'est ainsi qu'il englobe, sous cette dénomination vaste: le mycosis fongoïde, la lymphodermie cutanée, la sarcomatose cutanée et le sarcome cutané vrai.

Pour Max Joseph, 1898, *sarcoïde* a déjà une signification précise: *ce sont de petites néoplasies multiples, curables, d'origine infectieuse probable, faisant partie, ou se rapprochant du groupe B de la*

sarcomatose de Kaposi. Dans son groupe *A*, en effet, Kaposi comprend le sarcome *type Kaposi*, variété *régulière* de sarcome, et, dans son groupe *B* les *sarcoïdes*, qui répondent pour lui à *un type clinique assez exactement connu de tumeurs multiples cutanées dont les relations pathologiques et histologiques n'apparaissent pas très bien délimitées*. Pour Wolters et Fendt, le mycosis fongoïde *type Bazin* et *type Vidal-Brocq*, doit être séparé des sarcoïdes (Perrin, en effet, avait rattaché ces deux types au groupe de la sarcomatose). De même Fendt en soustrait la lymphodermie cutanée de Kaposi, c'est-à-dire les leucémies et « pseudo-leucémies » cutanées. La plupart des auteurs séparent encore de ce groupement, déjà bien démembré, le sarcome isolé de la peau et le sarcome mélanique typique qui sont de vrais sarcomes caractérisés par leur évolution maligne, et non des sarcoïdes, tumeurs essentiellement bénignes. De même l'acrosarcome télangiectode dermique de Kaposi, le sarcome type Perrin, celui type Unna, celui type Piffard, celui type Neumann, celui type Funk-Hyde, en un mot le groupe proprement dit des sarcomes de la classification de Unna.

Du groupe primitif des sarcoïdes de Kaposi, il ne reste vraiment plus grand chose, sinon son groupe *B* que nous définissons plus haut ; cliniquement « macules nombreuses (dépassant la centaine) disséminées sur le tronc et les extrémités, atteignant et dépassant la grandeur de l'ongle, rouge-violacées, plates ou un peu saillantes, donnant au toucher la

sensation de nodules aplatis, fermes et élastiques, inclus dans la partie profonde du chorion, et empiétant sur l'hypoderme, à bords diffus; ne s'accompagnant ni d'adénopathie, ni d'altération du sang, ni de retentissement sur l'état général; de pronostic bénin, puisque guérissant sous l'influence du traitement arsénical prolongé. »

« Histologiquement, dit Fendt, ces tumeurs sont très proches du sarcome, mais elles ne répondent pas aux exigences qu'impose l'anatomo-pathologie. » Et c'est ce groupe seulement qu'il désigne sous le nom de *sarcoïde*, d'accord en cela avec Max Joseph.

Et cependant, c'est un groupe encore très vague, tellement vague, que la plupart des auteurs allemands de l'époque y font entrer tout un amas de faits disparates, dont le principal élément réside dans la curabilité de la néoplasie en dehors du traitement opératoire; dans leur esprit tout sarcome guérissant, toute néoplasie d'aspect sarcomateux subissant une régression sous l'effet du traitement, est une *sarcoïde*, puisque sarcome signifie pour eux tumeur conjonctive essentiellement maligne; et, *vice-versa* une *sarcoïde* mortelle ne doit pas être considérée comme sarcoïde. Nous dirons plus tard ce qu'il faut en penser.

Et de fait, plusieurs cas tous étiquetés : *sarcome qui guérit par l'arsenic*, *sarcome presque guéri*, etc., sont rassemblés en Allemagne pour constituer le groupe des sarcoïdes; le premier cas semble remonter à Kœbner en 1883; Kaposi, beaucoup plus tard, en

cite deux cas, puis Pospelow, Touton, Tandler ; c'est aussi un cas que Legrain cite en 1896, à l'Académie de Médecine de Paris, sous le titre *guérison de sarcome cutané* ; Coley en Amérique ; Spiegler ; Fendt en réunit 25 cas.

De tous ces cas difficiles à comparer, (tant parce que les uns sont primitifs, les autres secondaires, les uns à tumeurs petites, les autres à tumeurs relativement volumineuses) ressort, en définitive, un seul caractère clinique, pouvant à la rigueur expliquer leur groupement : ce point commun tient à leur bénignité et à leur curabilité. Mais, l'on conçoit que c'est un caractère bien équivoque ; d'autant que les descriptions histologiques des lésions sont d'ordinaire, ou trop succinctes, ou faites suivant des méthodes trop différentes, pour qu'en l'absence de figures, les comparaisons soient utiles.

Déjà en 1892, Mikulicz et Neisser avaient soulevé la question de l'étiologie, à l'occasion d'une discussion sur la sarcomatose cutanée, préluant ainsi au démembrement définitif des *sarcoïdes* tendant à les rapporter chacune à leur maladie causale. Vedeler signalait en 1894 des sporozoaires du sarcome., un pas était déjà fait quand à son tour Bœck individualise un cas très net à tous points de vue.

b) *Les sarcoïdes, de Bœck à nos jours*

En effet, avec Bœck (de Christiania) la question va commencer une ère nouvelle.

Dans le *Journal of cutaneous and genito-urinary diseases*, N° de Déc. 1899, cet auteur décrit un type morbide, répondant à la définition de Max Joseph, mais se détachant nettement du groupe encore confus de la sarcomatose *b* de Kaposi, par une allure clinique spéciale, des caractères histologiques très nets et une évolution tout à fait particulière : ce sont des papules ou nodosités dermiques, superficielles, sous épithéliales, faisant une saillie notable, de coloration rose-jaunâtre, disséminées en grand nombre, avec une symétrie imparfaite, sur la face, les épaules et les membres supérieurs.

Histologiquement, c'est une réaction lympho-conjonctive siégeant dans le chorion fibreux, avec cellules épithélioïdes, lymphocytes et çà et là quelques cellules géantes, en un mot un tissu de néoformation rappelant d'assez près les réactions tuberculoïdes. Boeck y songe, mais en l'absence de tout élément autre que cette ressemblance histologique, il n'en fait que soulever l'hypothèse qu'il reprendra encore en 1900 au *Festschrift Kaposi* avant de s'y soumettre plus tard ; en tous cas, son idée est qu'il s'agit d'une réaction d'origine infectieuse, mais, ne pouvant déceler aucun micro-organisme, n'ayant même aucun argument dans l'état général de son malade qui est un solide gaillard de trente-six ans, sans aucun antécédent morbide acquis ou héréditaire, il ne rattache encore son cas à aucun groupe morbide spécial. Il se contente de l'isoler sous le nom de *tumeurs sarcoïdes multiples bénignes de la peau*.

De ce temps-là les observations vont se multiplier un peu de tous les côtés.

En 1904, Darier cite à la Société de Dermatologie deux cas légèrement différents de celui de Bœck, mais s'en rapprochant cependant assez sensiblement pour qu'il intitule son article : *deux nouveaux cas de sarcoïdes sous-cutanées*.

Il discutera la possibilité tuberculeuse de cette affection, mais c'est surtout en 1906, dans son travail avec Roussy, qu'il soutiendra cette thèse, apportant un ensemble de 5 observations, dont 3 presque typiques. Puis, en 1908, il apportera une autre observation où il est parvenu à colorer *trois bacilles de Koch* nettement visibles, dans une tuberculide de cuir chevelu.

Bœck, sur ces entrefaites, rapporte de nouveaux cas concordant assez bien avec le type décrit par Darier sous le nom de *lupoïde miliaire disséminée* que, désormais, l'on désigne encore assez généralement sous le terme *sarcoïdes cutanées type Bœck-Darier*, réservant au second type Darier celui de *sarcoïdes nodulaires hypodermiques type Darier-Roussy*, les deux différant en ce que l'une (Bœck-Darier) est dermique, l'autre (Darier-Roussy) hypodermique; il est vrai qu'en 1902, Hallopeau et Eck, puis en 1905, Eck dans sa thèse de doctorat, ont voulu soutenir l'individualité du type Bœck, ne lui assimilant nullement la lupoïde Darier, mais la plupart des auteurs n'en font plus qu'un même type;

Bœck, lui-même, tout en faisant cependant quelques réserves admet maintenant l'identité.

Gougerot, dans son travail de 1906, individualise un autre type qu'il appelle *lympho-sarcoïde*; il en discute la nature bacillaire qu'il ne pourra prouver qu'en 1908 à propos d'un cas semblable où il parvient à inoculer le cobaye.

Dans chaque pays, presque en même temps des observations de toutes sortes paraissent : Winkler, en Allemagne, *Contribution à l'étude des sarcoïdes (Bœck) ou des tuberculides sous-cutanées nodulaires (Darier)*; Pelagatti, *A propos d'un cas de sarcoïdes sous-cutanées de Darier*; Terebinski, en Russie, *Cas de tumeurs bénignes miliaires lupoïdes*; Pollitzer; puis de nouveau en France, Brocq, Pautrier et Fage; Thibierge et Bord, Galewsky, Halkin, Boudet, Morozzof, etc., tous ces auteurs apportant des observations nouvelles se rapprochant toutes plus ou moins des trois grands types bien définis jusqu'alors : type *Bœck-Darier*, type *Darier-Roussy*, type *Gougerot*; et chaque auteur, pour sa part, discute l'origine tuberculeuse presque certaine, mais qu'il ne peut arriver à démontrer; tel cherchant des arguments dans les antécédents bacillaires de son sujet, tel autre arguant de l'identité de ses coupes avec celles du follicule tuberculeux typique; ceux-là comparant leurs cas avec ceux déjà admis bacillaires par Darier ou Gougerot; aucun, cependant, ne parvient à déceler de bacille ni à réaliser une inoculation expérimentale. Darier, en 1908 (mais il s'agissait

d'une observation légèrement différente du type histologique précédemment décrit par lui), décèle 3 bacilles comme nous le disions plus haut ; puis, c'est cette même année que Gougerot réalise l'inoculation positive pour son deuxième cas de lymphosarcoïde démontrant en même temps des bacilles dans d'autres lésions à type sarcomateux, qui ne sont que des tons plus ou moins élevés dans la gamme des tuberculoses sarcoïdes, parmi lesquelles il les classera plus tard. Malgré tout, beaucoup doutent encore de l'étiologie bacillaire des sarcoïdes, attendant des faits nouveaux ou trouvant ceux connus insuffisants pour généraliser.

Cependant, Darier, pour 2 cas, avait obtenu une réaction à la tuberculine, typique et par rapport à l'état général et localement.

Winkler, reprenant une partie des cas précédents, note de la tuméfaction ganglionnaire dans la plupart des cas, et dans 6 un état tuberculeux indubitable.

Thibierge et Bord citent des cas avec pleurésie. Bref, de tous côtés s'accumulent des observations en faveur de l'étiologie bacillaire de cette affection.

Mais, en même temps, cette même année 1908, des découvertes d'un autre ordre d'idées viennent un peu donner le change à la question.

Le professeur Gangitano (de Milan) qui, déjà, en 1903, a particulièrement bien étudié *les affections blastomycétiques* de la peau, s'occupe, en 1908, de celles sous-cutanées du tissu conjonctif, donnant leur caractère clinique, anatomo-pathologique, macro et

microscopique ; d'après les caractères spéciaux de ces lésions, il les considère comme étant des *sarcoïdes*. Il fait remarquer la ressemblance énorme qui existe entre les affections qu'il décrit et celles décrites par Darier et Roussy, en 1906, insistant sur ce point que la seule dissemblance est dans l'étiologie ; et, de fait, si nous comparons ses descriptions et ses planches histologiques avec celles de Darier, nous constatons qu'outre des caractères cliniques presque identiques, les caractères histologiques se ressemblent d'une façon particulière. Ignorant des cas contemporains de Darier et de Gougerot, il affirme l'origine blastomycétique de beaucoup de sarcoïdes, laissant à supposer que la plupart doivent avoir la même origine, « puisque, dit-il, il n'y a rien pour assurer que les cas de Darier-Roussy ou autres soient d'origine tuberculeuse ; il n'y a seulement qu'hypothèse de ressemblance ».

Giovanni Razzaboni, l'année suivante, dans un travail très condensé, reprend à son tour la même thèse ; après avoir retracé l'importance des blastomycètes comme agents pathogènes, et les recherches qu'on a faites à ce sujet, cite un cas de sarcoïde qu'il a eu l'occasion d'observer chez un homme de vingt-six ans, siégeant au niveau du tiers inférieur de la jambe gauche, face antéro-interne ; après avoir cité tous les reperts histologiques de la lésion, présentant des coupes à l'appui, il décèle dans le tissu de néoformation la présence de *blastomycètes* ; l'inoculation au cobaye et au lapin reste négative ; mais comme,

d'autre part, il a effectué toutes les recherches bactériologiques concernant les microbes capables de fournir un type morbide semblable, et cependant avec les méthodes les plus perfectionnées, il conclut tout naturellement à l'étiologie mycétique de sa lésion. Comme, d'autre part, il semble également ignorer les travaux des auteurs français (Darier, puis Gougerot), il était presque inévitable que, plus exclusif encore que Gangitano, il n'assigna une origine blastomycétique à toutes les sarcoïdes. En tous cas, il termine en émettant l'idée (qu'il dit être admise par toute l'école italienne), que toutes les sarcoïdes doivent être classées parmi les *granulomes infectieux*.

Puis les observations viennent encore. Danlos et Flandin, en France, citent un cas de sarcoïde coexistant avec un lupus miliaire. Darier veut n'y voir qu'un cas de Bœck typique sans lupus, le tout constituant une seule lésion bacillaire.

Nobl. Purckauer, Zieler, Gross, Lipschütz, Moris, Danlos et Lévy-Frankel, Halle, Koenigstein, Meirowsky, Bering, citent de nombreux cas, les uns pour, les autres contre le bacilliose ; où cependant on ne décèle aucune mycose ou autre micro-organisme ; où on est tout en droit de songer à la tuberculose vu l'aspect ; mais où on ne peut l'affirmer par ses réactions positives.

Kyrle apporte alors un cas du type *lupoïde miliaire Bæck-Darier*, pour lequel il réussit à inoculer positivement le cobaye ; et, avançant déjà l'idée que

nous allons soutenir tout à l'heure avec des preuves équivalentes, propose de considérer les sarcoïdes comme des manifestations de la tuberculose cutanée.

Puis viennent encore de nombreuses observations dont il serait fastidieux d'énumérer tous les auteurs, apportant toutes plus ou moins des arguments en faveur de la bacillose.

Certaines sont hésitantes entre la syphilis, la bacillose ou la sporotrichose sans vouloir cependant fermement conclure. Enfin, Gougerot, en 1912, dans ses *conférences sur les maladies cutanées* à Saint-Louis, cite plusieurs cas à bacillose démontrée et émet cette idée de la très grande fréquence de la tuberculose dans ces lésions.

CHAPITRE II

Où en est actuellement la question

Actuellement, le problème se pose ainsi :

Que vaut l'ancien groupement de Kaposi, même après que Max-Joseph, élaguant tout le groupe *a* de la sarcomatos Kaposi, en a reporté tout entière la définition sur le seul groupe *b*, qu'il cherche à préciser plus définitivement : néoplasies multiples, curables, d'origine infectieuse probable ?

Tour à tour, les auteurs ont défini nettement les différents cas susceptibles de répondre à cet ensemble encore très imprécis, pour les poser en types parfaitement différenciés, tant cliniquement qu'histologiquement. Ce n'est que par empirisme qu'ils ont conservé cette dénomination *sarcoïde*, en attendant un terme plus en rapport avec l'étiologie sur laquelle certains sont encore indécis. En tous cas, la plupart sont d'avis qu'il y a là un groupe qui n'a plus sa raison d'être. Tous sont à peu près d'accord sur ce point, que les lésions cataloguées jusqu'à aujourd'hui *sarcoïdes*, sont des réactions inflammatoires du tissu conjonctif d'origine infectieuse. La seule

divergence d'opinion tient dans la cause infectieuse même. Les uns veulent qu'il s'agisse seulement de manifestations bacillaires, les autres rejettent la bacilllose, ou, en tous cas, prétendent qu'elle est moins fréquente que toute autre étiologie, les mycoses par exemple.

Or, que disent ceux qui sont contraires à la théorie bacillaire ?

D'abord il ne s'en suit pas, du fait qu'un individu est reconnu tuberculeux, que toutes les lésions qui lui surviennent doivent être rejetées sur le compte de la tuberculose ; à plus forte raison, si lésions identiques surviennent chez un individu n'ayant aucune raison d'être suspecté de tuberculose et en tous cas n'en présentant aucun stigmate, il semble que c'est aller un peu loin d'accuser le bacille de Koch, surtout si l'on a pu ne parvenir à le démontrer d'aucune manière.

Il est un fait certain qu'au début, alors que cette question des sarcoïdes était encore peu connue, on ait été en droit d'opposer pareille objection ; les preuves manquaient alors et toute hypothèse était respectable. Mais, après que Darier eut, point par point, démontré l'histologie identiquement superposable de cas nettement étiquetés *sarcoïdes* avec celle des follicules typiques, c'était déjà vouloir ne pas se soumettre à l'évidence que de ne pas admettre une parenté commune.

Mais, reprennent certains adversaires, il a été démontré dans les lésions, dont nous reconnaissons

l'aspect tuberculoïde, des blastomycètes et aucun bacille de Koch.

Au moment où Gangitano et Razzaboni émettaient cette opinion en rapport avec leur découverte, il est vrai que les preuves vraiment convaincantes, en dehors de l'analogie folliculaire, étaient encore rares. Cependant Darier et Roussy citaient deux de leurs malades, en 1906, pour lesquels la réaction, et *générale* et *locale* à la tuberculine, avait été positive. Et depuis, combien sont nombreux les cas ayant réagi positivement à cette épreuve !

Enfin, en 1908, Darier démontrait des bacilles dans une tuberculide du cuir chevelu, Gougerot réalisait une inoculation expérimentale positive pour une lympho-sarcoïde identique à celle qu'il avait décrite deux ans auparavant, et dans laquelle rien n'avait pu être décelé ni inoculé de façon à prouver le bacilliose.

Cependant, reprend Razzaboni, continuant la pensée de Gangitano, dans les cas qui nous concernent, nous avons effectué toutes les recherches bactériologiques avec un matériel vraiment abondant et perfectionné, et nous n'avons pu déceler, en dehors des blastomycètes, aucun des micro-organismes que l'on pourrait incriminer en face de pareilles lésions. Pourquoi donc alors accuser la tuberculose ? Il est vrai, ajoute-t-il, que pour nos cas même, l'inoculation n'a pas été plus positive que celles faites pour les autres sarcoïdes qualifiées tuberculeuses, mais, *bien qu'à peu près négative, l'expérience sur les animaux, en ce qui*

concerne la reproduction de la lésion typique que nous avons décrit, n'en a pas moins cependant une valeur prépondérante pour ce qui a trait à la thèse de l'origine tuberculeuse ; car, ni chez les lapins ni plus spécialement sur les cobayes (qui sont, comme on le sait, réceptifs au plus haut point pour le bacille de Koch), nous n'avons pu obtenir aucune reproduction de la tuberculose.

Il est vrai que Razzaboni ignorait probablement la découverte de bacilles mentionnée par Darier et, sûrement les cas de Gougerot. Mais, même dans le cas contraire, les preuves étaient déjà plus prépondérantes en faveur d'une thèse, celle bacillaire, que pour l'autre, et en tous cas, la découverte des italiens, loin d'infirmer la théorie française, ne faisait que donner plus d'extension à une question, qui eût été simplifiée d'un seul coup, s'il avait été possible de pouvoir ne rattacher l'étiologie qu'à une seule cause ; d'autre part, ce n'était qu'une confirmation de plus à la grande loi bien connue de pathologie générale, que *des micro-organismes différents peuvent causer des lésions identiques, tout comme un même microbe peut causer des lésions des plus variées.*

De Beurmann et Gougerot, et encore bien d'autres, ont cité, en effet, des réactions sporotrichosiques simulant absolument le type sarcomateux et souvent ce n'est que la découverte du sporotrichum qui a permis le diagnostic. Nous savons que le bacille de Hansen peut causer des lépromes rappelant aussi l'aspect des sarcoïdes, tant anatomiquement, clini-

quement, qu'histologiquement ; nous connaissons tous la Wucher-atrophie dans laquelle des causes toutes banales peuvent causer des réactions d'aspect tuberculoïde, avec cellules géantes et tissu lympho-conjonctif (Flemming ; Czajewitz ; Marchand), etc.

Des faits analogues sont relatés pour l'actinomycose. Enfin, dans les syphilides, nous avons chaque jour un exemple.

Tous ces faits, loin de condamner l'origine tuberculeuse de la néoplasie étiquetée *sarcoïde*, contribue de plus en plus à faire le procès du terme *sarcoïde* lui-même. De même que pour les abcès froids longtemps synonymes d'abcès tuberculeux, il a été démontré que les mycoses et bien d'autres peuvent également leur donner lieu, de même pour les *sarcoïdes* ; cependant, on en continue pas moins dans la majorité des cas, en présence d'un abcès froid, à songer de préférence à la tuberculose, puisqu'elle semble la cause la plus fréquente.

Il est encore une grande objection des adversaires, c'est l'absence souvent complète de follicules dans les néoplasies à type sarcoïde. Mais nous savons que la tuberculose peut donner des réactions très atypiques. Il est foule de tuberculides, cependant démontrées bacillaires, qui ont une structure encore plus atypique ; d'autre part, comme corollaire, on est parvenu expérimentalement (Gougerot et Laroche) à reproduire des tuberculoses absolument atypiques chez le cobaye.

Enfin, il est des cas de sarcoïde n'ayant aucune struc-

ture folliculaire et absence même de cellule géante, où l'inoculation au cobaye a cependant été positive. Aussi, en présence de pareils faits, pourquoi hésiter à conclure à l'existence fréquente d'une étiologie telle, dans des cas pour lesquels il n'est pas d'hypothèse plus plausible que celle de bacillose ?

D'une tuberculide à une autre, on trouve tous les intermédiaires ; or, quand entre des lésions admises tuberculeuses comme le lupus miliaire ou l'érythème induré de Bazin, par exemple, on trouve des intermédiaires cliniques avec analogie histologique souvent identique, parfois d'une ressemblance telle qu'on fait l'erreur de diagnostic, pourquoi ne pas adopter de telles lésions parmi les tuberculoses atypiques ?

Est-ce l'abondance parfois énorme de la réaction conjonctive autour du follicule souvent atypique ? Mais, Gougerot a décrit successivement en 1908, dans son article *Réactions néoplasiques des tissus conjonctifs au bacille de Koch*, toute la gamme entre une foule de lésions au premier chef très dissimilables et toutes cependant réactions du tissu conjonctif à la bacillose ; c'est ainsi qu'il cite tour à tour un lymphadénome, une lymphosarcoïde, un sarcome, un fibrome d'origine vraiment bacillaire prouvée par l'existence de bacilles dans le tissu néoformé ; en même temps cite des lipomes, ostéomes où l'on ne voit pas de bacille, mais où l'on note une structure folliculaire typique.

La tuberculose est donc bien capable de donner

une foule de réactions dissemblables. Que peut-on bien arguer après de tels faits ?

Que souvent les malades n'ont aucun stigmatisme clinique pouvant orienter le diagnostic vers la tuberculose ? A cet objection nous pouvons répondre, tout en admettant qu'il est vraiment des cas qui peuvent reconnaître une autre étiologie, qu'en nombre égal, peut-être même plus souvent, les sujets *ont* ou *ont eu* d'autres manifestations bacillaires. Les cas ne sont pas rares où les sujets ont eu de l'adénite, de la scrofule dans leur jeune âge ; beaucoup ont eu des pleurésies ou encore présentent en même temps d'autre tuberculides (Boeck, Thibierge et Bord, etc.). Le cas VIII de Boeck montra des bacilles acido-résistants au niveau de la muqueuse nasale dont l'inoculation à l'animal fut positive. Darier constate une maladie d'Addison chez le malade dont la tuberculide du cuir chevelu décèle 3 bacilles ; or nous savons combien sont presque synonymes, maladie d'Addison et tuberculose de surrénales.

Enfin, nous savons que la tuberculose peut se localiser primitivement à la peau sans tuberculose concomitante des autres organes.

Dernière objection qu'on émet souvent : pourquoi l'inoculation à l'animal est-elle sans cesse négative ? On pourrait de prime abord répondre que le caractère même des tuberculides est l'absence de certains des caractères typiques de la tuberculose vraie ; mais, même si cette objection avait encore quelque valeur ces dernières années, il n'en est plus ainsi. Il

est vrai que l'inoculation positive est rare, mais on l'a réalisée plusieurs fois (Gougerot, Kyrle, etc.) et souvent pour des cas ayant une disposition folliculaire tout à fait atypique et chez lesquels le moindre bacille n'avait pu être coloré.

De là à conclure que toutes les sarcoïdes ont la même origine, telle n'est pas notre opinion ; nous acceptons comme probants les cas démontrés mycosiques par les auteurs italiens. Nous pourrions peut-être soulever l'hypothèse que les mycoses s'observent souvent chez les bacillaires, mais ce serait nous entraîner trop loin. D'ailleurs, nous savons que la plupart des infections chroniques peuvent donner résultat analogue. Nous serons donc éclectiques admettant des causes variées à cette néoplasie, mais nous soulignons que parmi ces causes la tuberculose est la plus fréquente.

CHAPITRE III

OBSERVATIONS

OBSERVATION I (Inédite)

(En collaboration avec M. Gougerot.)

Il s'agit d'un de nos excellents amis, âgé de vingt-sept ans, étudiant en médecine sur la fin de ses études, et par conséquent tout à fait à même d'avoir noté avec précision les moindres détails concernant son cas. Nous l'avons suivi au jour le jour depuis quatre ans, nous retranchant de temps à autre derrière l'autorité compétente de M. Gougerot, qui voulut bien nous prêter son concours et se charger de toutes les recherches bactériologiques et expérimentales.

Il s'agit d'un nouveau cas de sarcoïde où la bacillose fut nettement démontrée par l'inoculation positive ; pour laisser à cette observation une partie de son originalité, nous allons la transcrire telle que notre camarade veut bien nous la dicter :

« Je n'avais jamais été malade, *dit-il*, si ce n'est toutefois une rougeole bénigne à l'âge de quatre ans. En ce moment, j'en ai vingt-sept, et ne serait le souvenir de la maladie (et

ses séquelles) que je vais citer plus loin, je ne me ressens pour ainsi dire de rien. Comme on en peut juger par mon aspect, j'ai bonne mine et je ne suis point maigre ; je ne transpire point, je ne tousse pas, je suis peut-être un peu plus vite essoufflé qu'un autre, mais ce tient vraisemblablement aux adhérences que j'ai fait à la suite d'une pleurésie droite que je vais raconter plus loin. A part cela, j'ai bon appétit et vais normalement à la selle.

Mes parents sont très bien portants : mon père a soixante-cinq ans et n'a jamais été malade ; ma mère en a cinquante-quatre et n'a jamais eu que quelques migraines, enfin, j'ai deux frères, l'un de trente et un ans, l'autre de trente-quatre ans, en excellente santé.

Pour ce qui est de mes grands-parents, ils sont morts à un âge très avancé (?) En tous cas, je n'ai jamais ouï dire qu'aucun ait jamais présenté de lésions analogues aux miennes.

Quand j'arrivais à Paris, il y a quatre ans, malgré le travail fatigant que comporte les études, je ne me sentais nullement fatigué, et je fournissais sûrement une grande somme de travail, me levant tôt, me couchant très tard, sans prendre une minute de répit.

Un soir, dans le courant de janvier, c'était je crois l'époque des grandes inondations, je me ressentis, sans m'être jamais aperçu d'avoir eu froid, d'un point de côté assez vif au niveau du mamelon droit. Pas de température. Aussi, je n'y pris garde. D'ailleurs, le lendemain, la douleur s'apaisa ; puis pendant près de deux mois et demi, de temps à autre je ressentais au même niveau, une espèce de petite douleur sourde que la pression à un travers de doigt en dedans du mamelon accentuait davantage. J'en fis part à mes amis

qui, m'ayant consciencieusement examiné et ne m'ayant rien trouvé, me plaisantèrent.

Cependant, un mois plus tard, ce faisait trois mois après le début, la douleur devint très vive, me correspondait également au niveau de la pointe de l'omoplate; en même temps, je me sentis abattu, fatigué, sans appétit, ayant des nausées, et sans avoir vraiment un frisson caractéristique, il me semblait qu'il faisait plus froid que d'habitude. Température 39°5.

Le lendemain, la température revint à la normale; malgré tout, j'étais pris de faiblesse et je décidai d'aller à l'hôpital Laënnec où j'étais stagiaire chez M. Landouzy.

M. Gougerot, alors chef de clinique adjoint dans ce service, m'examina et diagnostiqua : début de *pleurésie droite*. En effet, quelques jours plus tard, la ponction exploratrice ramenait un liquide citrin, clair et transparent que l'on examina au laboratoire; le résultat fut le suivant :

Lymphocytose et inoculation positive au cobaye.

Ici, je passe sous silence les détails de la pleurésie dont le liquide dans cette première phase ne dépassa guère 500 gr. et rétrocéda de lui-même au bout de cinq semaines.

Urines normales. Température aux environs de 38°2.

Après ces cinq semaines, je quittai donc l'hôpital quand une semaine plus tard, à la suite d'une imprudence, je pris froid et fis une rechute sérieuse avec fièvre, température à 40 degrés et liquide rapidement revenu à 1 litre 1/2. Les urines furent normales et cette rechute se termina bien après quatre semaines, moment où l'on pratiqua une thoracenthèse d'environ 1 litre 1/4. Comme particularité, je n'ai à signaler que des sueurs profuses d'une abondance extrême, qui ne cessèrent qu'avec la maladie.

La convalescence eut lieu avec une rapidité extrême, et, quinze jours plus tard, je faisais l'étonnement de tout mon entourage qui m'avait vu bien bas. J'avais un appétit superbe et en peu de temps toute trace de maladie avait disparu dans mon *habitus* extérieur.

Mais cette fois j'avais le moral atteint. Élève de M. le professeur Landouzy, et, sachant combien sont étroits les rapports de la pleurésie et de la bacillose, je me mis à compulsier les moindres traités qui tombaient sous mes mains, pensant trouver sans cesse une autre étiologie à l'affection dont j'avais été victime ; mais, plus je travaillais cette question plus j'entrevois la tuberculose, et j'en vins à un moment où mon entourage me supprima tout livre de pathologie. Cependant, suivant une hygiène des plus sévères, veillant sur moi avec une minutie extrême, notant les moindres symptômes, les moindres écarts de température, durant les trois longs mois de repos que l'on me força de prendre, je ne notais rien que de très normal, c'est pourquoi je décidai de reprendre mes études. C'était à ce moment là le 3 janvier 1911.

Le lendemain 4, comme par hasard, je constatai à mon réveil, sur le bord radial de mon avant-bras droit, à six travers de doigt au-dessous du pli du coude, *une petite macule rouge*, très prurigineuse, sans infiltration sous-jacente, à peu près de dimension d'une lentille. Je la pris tout bonnement pour une piqûre de punaise et l'ayant arrosée de vinaigre, je ne m'en inquiétais plus.

Cependant, le lendemain et les jours suivants, la tache n'avait point disparu, toujours de la même couleur, rouge violacée, légèrement prurigineuse, en même temps qu'il me semblait sentir un léger degré d'infiltration ; puis au bout de

huit jours, le centre se sureleva d'une façon imperceptible, comme soulevé par une minuscule gouttelette de sérosité, C'est alors que croyant à un petit bouton vulgaire je me mis à presser de chaque côté consciemment pour en faire sortir le liquide ou le pus que j'y croyais collecté. Ce fut très douloureux, la peau rougit davantage, mais je n'en fis rien sortir du tout. Je badigeonnais alors la lésion avec la teinture d'iode, n'y attachant qu'une importance secondaire.

Mais les jours suivants, la tache qui était maintenant devenue papule ne disparaissait point; bien mieux il me semblait même que le pourtour s'agrandissait et pour en avoir le cœur net je pris la décalque du contour avec un transparent. Depuis ce jour toute mon attention était portée sur ce point et mon spectre de la tuberculose revenant m'obséder je me mis à étudier les différentes manifestations de la tuberculose cutanée, cependant que la papule s'agrandissait sans cesse, mais d'une façon excessivement lente, tant en pourtour qu'en profondeur.

Après un mois le second décalque de la lésion montrait une augmentation d'un millimètre sur la circonférence du premier et au palper j'avais cette fois l'impression d'une lentille qu'on aurait enchassée à 1 millimètre sous la peau cependant adhérente.

Après deux mois, c'était presque de dimension d'une pièce de cinquante centimes. La teinte était devenue plus violacée, rose vineuse, aux bords tranchant sur la coloration blanche de la peau environnante. Le prurit avait complètement disparu et la lésion qui maintenant devenait franchement saillante, présentait la couleur d'un furoncle au début. Mais le centre qui n'avait pas changé de coloration semblait

à la palpation moins ferme qu'au début tandis que le pourtour donnait absolument la sensation d'un anneau cartilagineux. Le tout était mobile sur les plans profonds et semblait nettement dermique.

La petite tumeur atteignit les dimensions d'une pièce de 1 franc. Le centre donnait nettement l'illusion d'un ramollissement et, vu la marche insidieuse (il y avait trois mois), l'idée d'un abcès froid me traversa l'esprit ; mais, la peur de m'en entendre confirmer le diagnostic fit que je ne consultai pas.

Enfin, un jour n'y tenant plus, malgré ma phobie de la tuberculose, je consultai le Dr Mauclore, que je suivais en bienveillant, et celui-ci, après examen rapide, connaissant, d'autre part, mon antécédent pleurétique, diagnostiqua *abcès froid en voie de ramollissement*, et son interne Séjournet proposa même de ponctionner et d'y injecter de l'éther iodoformé. Ce à quoi Mauclore s'opposa.

Il va sans dire que, malgré mon calme apparent, ce diagnostic m'avait fortement ébranlé. Ce fut la période où, espérant m'entendre faire un diagnostic moins sombre, je consultai un peu à tort et à travers tous les médecins, mais non pas pour ma lésion cutanée, mais pour mon poumon, où tous posaient le diagnostic suivant : rien, sinon une légère diminution du murmure respiratoire à la base droite.

Sur le conseil d'un camarade qui me causait souvent de *mycose* probable, j'allai revoir à Saint-Louis M. Gougerot.

A ce moment, la lésion se présentait sous l'aspect d'une large papule, régulièrement bombée, au centre blanc bleuté, au pourtour variant entre la teinte rouge jambonné et cuivre. Les dimensions qui n'avaient pas beaucoup varié étaient un peu plus grandes qu'une pièce de 1 franc ; le pourtour,

cette fois, sur une largeur de 1 millimètre, passait par une teinte violacée dégradante jusqu'à la coloration normale de la peau. Le tout était très lisse et très uni.

Le palper donnait la sensation d'une petite masse en forme d'anneau, d'une dureté ligneuse, bien enchâssé dans le derme et se mobilisant avec la peau qui, pincée, donnait l'aspect de la peau d'orange. Aucun ganglion ni épitrochléen, ni dans l'aisselle. Gougerot diagnostiqua *tuberculose sarcoïde probable ; mycose improbable* et rejeta l'idée d'*abcès froid*. Sur son conseil, j'allais immédiatement trouver l'interne du Dr Rietfel qui, dans le même hôpital, m'enleva chirurgicalement la tumeur en même temps qu'un petit losange de peau adhérente.

L'incision de la petite masse située en plein derme, et beaucoup moins volumineuse que ne le laissait supposer la palpation, présentait en deux points de l'anneau fibreux qui était sa forme générale, de couleur blanc rosé, scléreux, deux segments, gros comme de petits grains de plomb, qui parurent à la coupe d'une teinte blanc jaunâtre, et d'une dureté particulière, si bien que l'interne, qui venait de faire l'exérèse, pensa à deux néoformations cartilagineuses.

La petite pièce, portée aussitôt avec les plus grands soins, dans une compresse aseptique, à M. le professeur agrégé Gougerot, celui-ci, une demi-heure après, en inoculait la moitié sous la région mammaire d'un cobaye, mettait l'autre à durcir dans le liquide fixateur de Dominici et cultivait le râclage sur gélose glycosée peptonée de Sabouraud, sur bouillon peptoné maltosé et sur carotte glycinée.

Nous donnerons plus loin les détails relatifs à l'inoculation et aux recherches que voulut bien effectuer M. le

professeur agrégé Gougerot, laissant à nouveau la parole à notre camarade qui continue son auto-observation :

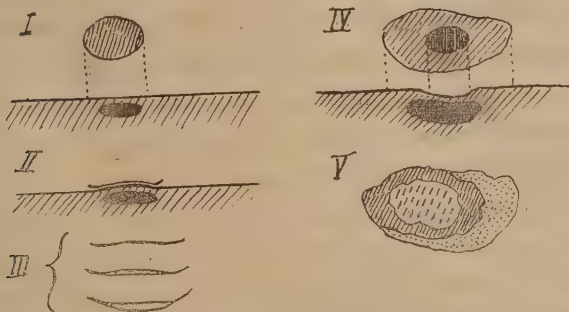
La tumeur enlevée, *continue-t-il*, j'avais repris ma tranquillité quand mon attention fut attirée, trois jours plus tard, sur une nouvelle macule, prurigineuse, débutant absolument comme la précédente, mais siégeant cette fois à la jambe droite, face postéro-externe, à 15 centimètres au-dessus d'une ligne passant exactement par la malléole péronière.

C'est alors que travaillant à fonds cette question des *sarcoïdes* avec mon camarade M. Bonnaud, je me consolai tant bien que mal, en songeant, qu'en tous cas, j'avais affaire à une bacillose bénigne et je me mis régulièrement à m'injecter tous les deux jours, 10 centigrammes d'hectine pendant deux mois. Malgré tout, la lésion continuait à s'accroître. De prime abord, elle avait un début absolument identique à la première ; macule rouge violacé de la grosseur d'une lentille, au bout de huit jours, elle commençait à prendre une évolution légèrement différente ; le tissu sous-jacent s'infiltra plus vite et la peau sus-jacente se mit à desquamier, chose qui ne s'était jamais produite au bras.

Tous les huit jours environ, l'épiderme qui recouvrait la lésion, devenue maintenant papuleuse, se soulevait par son pourtour en une petite collerette rappelant assez bien celle que Biette a décrit dans les papules syphilitiques, mais le centre de la lésion était uniformément violacé, lisse et uni, sans aucune ulcération.

Au bout de trois semaines, la palpation révélait comme un grain de plomb immédiatement sous l'épiderme, qui, insensiblement, se mit à grossir en s'allongeant suivant l'axe de la

jambe, cependant que la coloration externe de la peau prenait une forme ovale de couleur ocreuse en son centre, rouge violacé sur ses bords.



- I. — Aspect de la papule, dimension exacte, avec projection sur une coupe du plan cutané toute schématique, et en noir, sensation que donnait le nodule au bout de quinze jours.
- II. — Coupe du plan cutané avec squame, commençant à se lever à un stade plus avancé. Environ un mois. Le plan cutané se soulève légèrement. Il restera soulevé encore en s'accentuant un peu, puis redeviendra horizontal pour ensuite s'enfoncer (IV).
- III. — Aspect des squames aux différentes périodes, de haut en bas, celles du premier mois, puis des deux mois suivants. Au-dessous, une squame au cinquième mois, la seule aussi volumineuse. Ensuite reprirent l'aspect de la première.
- IV. — Aspect de la tache violacée jambonnée au troisième mois ; au centre, en hachures plus serrées, dimensions de la légère cupule, et projection du tout sur le plan cutané. En noir nodule.
- V. — Aspect de la tache actuelle cicatricielle. En pointillé coloration cuivrée, qui s'estompe avec la peau environnante. En hachure, tache proprement dite de teinte rose violacé. Au centre, en petits tirés, zone déprimée légèrement, d'un rose bleuté plus clair.

Pendant ce temps, la desquamation se faisait assez régulièrement, les squames prenant maintenant une forme ovale, alors que peu à peu le centre de la lésion semblait s'affaisser. La petite masse sous-jacente donnait nettement la sensation

d'un grain de café, mais, siégeant beaucoup plus près de l'épiderme, que ne le semblait la lésion du bras.

Ce faisait maintenant trois mois depuis son début. La tache cutanée s'agrandissait toujours d'une façon excessivement lente, desquamant sans cesse, toujours par une squame unique dont le centre semblait maintenant plus épais que les bords, pendant que la tumeur dermique sans augmentation de volume faisait mine de s'enfoncer en entraînant la peau qui commençait à faire une légère cupule. (Si l'on veut se reporter au schéma que je joins ci-contre, je donne exactement les dimensions de la tache et de la cupule à ce moment-là, c'est-à-dire à trois mois, et par comparaison la tache actuelle avec sa cicatrice déprimée. Je joins aussi, à côté, le schéma de la desquamation aux différents temps d'évolution de la lésion et l'aspect de la tache tégumentaire par rapport à la coupe schématique du nodule cutané.)

L'aspect clinique changeait donc tout à fait... au lieu d'une petite masse soulevant le plan cutané, celui-ci, maintenant, se déprimait en son centre et l'ensemble de la tache restait maintenant au niveau du plan adjacent. La pression sous lame de verre ne changeait à peine la coloration générale qui pâlisait seulement un peu au centre.

Au bout de cinq mois, la macule, qui avait absolument les dimensions de mon schéma IV (elle n'avait donc guère varié depuis deux mois), présentait une squame qui, cette fois, semblait plus adhérente, puisqu'au lieu de tomber d'elle-même au bout de huit jours était en place depuis près d'un mois. L'arrachant, je mis à découvert un minuscule pertuis qui se mit à saigner abondamment et que je badigeonnais de teinture d'iode.

Le lendemain, une petite croûte s'était formée qui adhéra environ quinze jours.

La soulevant alors, je mis à découvert un petit pertuis d'environ 1 millimètre de diamètre qui laissa suinter une minuscule goutte d'une sérosité épaisse, jaunâtre, que je ne puis mieux comparer qu'à un fragment fondu de cette cire jaune dont on se sert pour luter les préparations histologiques ; ce fut tout ; la croûte se reforma rapidement et tomba d'elle-même quelques jours plus tard, entraînée par la squame dont elle formait le centre. A la place se forma une petite cicatrice en creux ; la nodosité sous-jacente était restée stationnaire, toujours très dure.

Je repris alors le traitement arsénical, que j'avais abandonné depuis deux mois et demi environ, sous forme d'arrhénal en granules de 1 centigramme. J'en prenais cinq par jour avec repos de huit jours toutes les semaines. Peu à peu la masse nodulaire disparut, et, deux mois plus tard la lésion était comme elle est actuellement : une tache violacée avec des bords cuivrés s'estompant avec la peau voisine, et au centre un cercle rose clair formé d'une peau pelure d'oignon qui donne au palper l'impression d'une disparition de substance dans le tissu sous-jacent, comme si, par un artifice quelconque, on était parvenu à énucléer la nodosité incluse dans les tissus sans léser le tégument (Voir schéma V).

Cette lésion avait duré exactement huit mois, durée qui semble avoir été abrégée par la prise d'arrhénal.

A part la déchirure accidentelle que j'occasionnai en arrachant de force la squame adhérente, pas une fois la lésion ne suppura ni s'ulcéra.

Actuellement, depuis près de sept mois, rien d'analogue ne m'est survenu.»

Examen bactériologique. — L'inoculation tuberculisa le cobaye.

La recherche des bacilles fut négative, ce qui, on le sait, ne prouve rien. La culture sur les milieux favorables aux champignons ne donna également rien. L'examen des coupes n'a montré aucun germe décelable, ce qui est l'habitude dans ces variétés de tuberculose.

Examen histologique. — Le fragment comprend l'épiderme, le derme et l'hypoderme. L'infiltrat occupe la partie profonde du derme et envahit la partie superficielle de l'hypoderme dont il dissocie les cellules adipeuses et suit les vaisseaux, formant de grands placards d'infiltration cellulaire et des traînées, diffus et de constitution assez complexe :

1° Certains placards ou certaines zones sont formés de petits mononucléaires dans une trame conjonctive enflammée et capillaires dont les parois endothéliales sont en réaction (*placards lymphoïdes* rappelant ceux de toutes les infections chroniques, et distincts des lymphadénomes par l'inflammation conjonctive) ;

2° D'autres zones sont formées de cellules en dégénérescence épithélioïde, endocapillarite giganto-cellulaire, donnant de petites cellules géantes irrégulières et entourées à la périphérie par une zone lymphoïde ou lympho-conjonctive.

Entre le type 1 et le type 2, on a tous les intermédiaires, c'est-à-dire des placards lymphoïdes au centre desquels on voit des cellules épithélioïdes assez rares et des capillaires

dont la paroi est en dégénérescence acidophile, mêlés à de nombreux lymphocytes. Ces placards rappellent de tous points la tuberculose (*follicules épithélioïdes*, mais la dégénérescence est moins profonde, moins rapide, ce qui permet de surprendre les formes de transition) ;

3° Certains placards diffus sont un mélange : de vaisseaux congestionnés à paroi épaissie, enflammée, en dégénérescence acidophile ; de cellules épithélioïdes disséminées dérivant sans doute d'une prolifération périthéliale ; de lymphocytes et de mononucléaires moyens basophiles. Ce mélange est diffus, irrégulier, sans systématisation : de ci, de là, une capillarite forme une ébauche de cellule géante. Cet aspect rappelle jusqu'à un certain point celui des sarcomes ;

4° En certains points, cet infiltrat diffus dégénère ou subit une dégénérescence diffuse acidophile qui peut aller jusqu'à la nécrose homogène. Dans les points à dégénérescence acidophile, la trame conjonctive persiste déliée, les cellules infiltrées deviennent floues, les capillaires sont obstrués ébauchant des cellules géantes ; seuls persistent bien colorés les très nombreux lymphocytes. Dans les points de nécrose homogène le stroma conjonctif se tuméfie, est homogène, fortement acidophile ; les cellules intactes sont très rares ; la plupart sont pycnosées, il n'y a plus de capillaires intacts ; les globules rouges sont éparpillés, dégénérés. Il n'y a aucune ordination entre les infiltrats et la zone dégénérée. Il n'y a pas en particulier de zone concentrique. Ces zones rappellent la dégénérescence du *tubercule classique*, mais sont moins intenses, n'allant pas jusqu'à la caséification, plus diffuses et ne s'ordonnant pas concentriquement.

Dans l'hypoderme, on découvre des amas autour des cellules sudoripares, mais on ne voit pas de thrombo-phlébite.

L'épiderme est intact.

Constatacion négative importante, il n'y a ni micro-abcès, ni infiltration diffuse de polynucléaires, ni réaction monstrueuse cellulaire; ni réaction myéloïde.

En résumé, ce qui caractérise cette lésion, c'est :

I. — *Une complexité apparente résultant du mélange irrégulier d'infiltration diffuse à des stades différents d'évolution qui s'échelonnent dans l'ordre suivant : a) infiltration lymphocytaire ; b) dégénérescence acidophile puis épithélioïde de quelques cellules de l'infiltrat mêlées aux cellules basophiles, et dégénérescence des capillaires formant des cellules épithélioïdes ébauchant des cellules géantes ; c) mélange de vaisseaux enflammés et congestionnés en voie de dégénérescence acidophile, de cellules épithélioïdes, de lymphocytes et moyens mononucléaires ; d) placard de cellules épithélioïdes (follicules épithélioïdes) avec cellules géantes rares et petites ; e) dégénérescence diffuse acidophile ; f) nécrose homogène.*

II. — *C'est la faible intensité et la lenteur du processus dégénératif qui permet de retrouver toutes les formes de transition, en particulier les stades b et c.*

III. — *C'est la diffusion de l'infiltrat et l'absence de systématisation de ces différentes lésions.*

La lésion rentre donc dans le cadre de la tuberculose folliculaire, donc typique, mais témoigne d'un processus bénin à dégénérescence progressive et légère.

OBSERVATION II (Inédite)

(Due à M. Gougerot, service
de M. le professeur Gaucher, n° 19053.)

Il s'agit d'une petite malade de dix-neuf ans suspecte de tuberculose pulmonaire au sommet. Elle a vu sa lésion commencer en juillet 1910, à la face postérieure de la jambe, à l'union du tiers inférieur et du tiers moyen. Elle s'en est aperçue à une sensation douloureuse, regarda sa jambe, vit une tache violacée, et perçut dans la profondeur une masse indurée qui, quelques semaines plus tard, s'ulcérât.

Elle vint plusieurs fois à la clinique, en janvier 1910, en juillet 1912 et en décembre 1912. La première fois, la nodosité ressemblait à un *érythème induré de Bazin* ; mais, elle ne guérit pas, s'étend à nouveau et finit par prendre un aspect différent de l'érythème induré. La lésion est unique et fut toujours unique. Elle infiltre la face postérieure de la jambe et détermine une légère saillie ; la peau est marbrée de rouge violacé, l'ensemble formant un tout à bords diffus sur une étendue de 6 à 8 centimètres ; une ulcération peu profonde à bords réguliers, adhérents, de 2 centimètres sur 3, occupe la partie la plus saillante de cette masse : le fonds en est granuleux, blafard, à peine suintant et plat.

La palpation montre une masse mal délimitée, de 8 centimètres sur 9, dure, douloureuse, formée d'une grosse nodosité correspondant à l'ulcération, avec des prolongements qui sont peut-être des nodosités confluentes avec la première. On sent

dans toutes les régions ganglionnaires, en particulier au cou, des ganglions petits et tuméfiés.

Quel diagnostic porter ? Ce n'est pas un sarcome malin. L'état général est bon ; l'évolution locale reste bénigne et, depuis plus de deux ans, la lésion aurait pris un tout autre développement s'il s'agissait de tumeur maligne. Ce n'est pas une variété de lymphadénie cutanée, car le sang est normal. Ce n'est pas une gomme tuberculeuse caséeuse, car la masse est plus infiltrée, l'ulcération est large, peu profonde, à bords réguliers, le fond n'est pas caséeux. Ce n'est plus un érythème induré de Bazin classique, diagnostic que l'on avait, avec raison, porté au début, lorsque la nodosité était petite (dans l'érythème induré, l'ulcération est exceptionnelle, bien qu'on ait décrit une variété d'érythème induré ulcéré, variété dite d'Hutchinson) ; l'érythème induré dure moins longtemps et ne se borne pas habituellement à une lésion unique ; chaque nodosité reste moins étendue et infiltre plus largement l'hypoderme.

On en arrive par élimination au diagnostic de *sarcoïde*, mais en soulignant que cette lésion se rapproche de l'érythème induré de Bazin et par l'intermédiaire de celui-ci des gommes tuberculeuses atypiques.

Cherchant enfin la cause de cette lésion, on est amené à admettre l'étiologie tuberculeuse en raison de l'aspect clinique de la lésion, de la polyadénopathie et des troubles pulmonaires. On aboutit donc à ce diagnostic de *tuberculose sarcoïde hypodermique infiltrée massive bénigne*.

OBSERVATION III (Inédite)

(Due à M. Gougerot, service de M. le professeur Gaucher
n° 20063.)

Cette petite fille, âgée de huit ans, malingre, à teint pâle et erreux, est amaigrie. Elle présente, depuis octobre 1910, une lésion de la joue gauche qui a grossi peu à peu.

15 février 1911. — Elle vient à la clinique de l'hôpital Saint-Louis. La lésion est unique, siège au milieu de la joue ; elle est grosse, saillante, arrondie, de 18 millimètres de diamètre environ ; la peau est rouge, orangée et violacée tout à la fois, sillonnée de dilatations veineuses superficielles, analogues à celles du lupus angiomateux ; l'épiderme est semé de petits points blanchâtres qui sont des kystes épidermiques ; l'ensemble de cette masse est dur à la palpation, infiltre le derme et commence à envahir l'hypoderme. Elle est mobile sur les plans profonds ; nettement limitée à la périphérie. On n'a ni l'aspect transparent, ni la mollesse fongueuse de plaques lupiques hypertrophiques. On pense à un petit sarcome ou lympho-sarcome, soit plutôt en raison de l'aspect malingre de l'enfant à une *tuberculose sarcoïde*.

20 février. — On pratique l'ablation à la cocaïne, et l'on fait des sutures intra-dermiques. La plaie se cicatrise par première intention. Malgré tout, le 5 mars, la cicatrice s'indure peu à peu et donne une chéloïde post-opératoire, preuve nouvelle en faveur de la nature tuberculeuse de la lésion. Cette chéloïde guérit lentement par les Rayons X.

La petite malade est revue en mars 1912 ; la guérison se maintient, la cicatrice reste souple.

Examen bactériologique. — L'inoculation sous-cutanée à 2 cobayes ne donne pas de résultats valables, car les animaux sont morts, sans doute faute de soins, en huit à douze jours.

Les cultures sur les milieux appropriés aux champignons ont été négatives.

Examen histologique. — Sur la coupe, le nodule a 14 millimètres de longueur sur 8 millimètres d'épaisseur. Il occupe tout le derme, et refoule plutôt l'hypoderme qu'il ne l'envahit. L'épiderme et la couche papillaire sont refoulés, distendus, et la ligne papillaire est devenue presque rectiligne. L'épiderme est squameux, et l'on retrouve inclus en plein infiltrat un gros kyste épidermique que l'on voyait à l'œil nu ; l'infiltrat est compact, lobulé, donnant l'impression de lobules conglomérés, formant à peine sur les bords quelques traînées qui diffusent le long des petits vaisseaux. Ces lobules sont : *a*) tantôt formés d'infiltrats lymphoïdes de petits et moyens mononucléaires serrés les uns contre les autres (infiltrat lymphoïde) ; *b*) tantôt formés de 2 zones : l'une sombre, périphérique, lymphoïde, se confondant avec celle des lobules voisins ; l'autre centrale, plus claire, arrondie, dessinant des placards arrondis, à transition assez brusque avec la première ; cette zone centrale, formée de cellules moins serrées, plus grosses et diverses qui sont : de moyens mononucléaires ; de grands mononucléaires ; des cellules conjonctives enflammées, étoilées, anastomosées, basophiles, souvent en division nucléaire (quelquefois même on surprend des karyokynèses) ; des cellules en voie de dégénérescence

acidophile, épithélioïdes, à protoplasma large, contenant des inclusions, débris de noyaux pycnosés, etc. ; des cellules épithélioïdes isolées, de petits capillaires enflammés, à paroi très épaissie, basophile ou plus souvent en dégénérescence acidophile, des globules rouges isolés, des plasmazellen intacts ou en dégénérescence érytrophile, de rares polynucléaires neutrophiles et quelques éosinophiles mono ou polynucléés, le tout très irrégulièrement disséminé ; c) tantôt formés à la périphérie d'une zone lymphoïde avec au centre un placard nettement épithélioïde avec cellule géante, petite, irrégulière.

A la périphérie, on trouve des lobules formés par envahissement du tissu adipeux. La structure tuberculoïde est la même que dans la lésion variété c.

En résumé, il s'agit donc d'une lésion nodulaire et lobulée à structure tuberculoïde, là encore une tuberculose folliculaire, donc typique, mais bénigne, car la dégénérescence est très incomplète, ne dépasse pas le stade acidophile et épithélioïde, et ne pousse pas jusqu'à la nécrose de caséification ; et c'est cette bénignité qui explique la complexité de la zone centrale du nodule variété b avec ce mélange irrégulier de cellules en réaction et en voie de dégénérescence.

OBSERVATION IV (Résumée)

(J. Kyrle, parue dans *Archiv für Dermatologie und syphilis*, 1910.)

Il s'agit d'une femme âgée de trente-deux ans, qui présente, depuis quatre ans, les symptômes d'une maladie ayant déter-

miné chez elle, sur le front, les joues, le nez et le menton, l'apparition de lésions constituées par des placards atrophiques au centre; entourés de petites saillies rouge jaunâtre. On les retrouve de même sur la nuque où elles sont disposées en traînées d'aspect plus ou moins figuré.

Microscopiquement, on trouve des territoires circonscrits d'infiltration, constitués par des cellules épithélioïdes avec cellules géantes, etc.; on a une disposition tout à fait tuberculoïde.

D'après l'aspect clinique et histologique, Kyrle a diagnostiqué *miliaire lupoïde de Bæck*.

L'inoculation au cobaye l'a tuberculisé franchement.

CHAPITRE IV

Ce que vaut désormais le terme « sarcoïde »

Et maintenant que nous avons apporté des preuves en faveur de l'origine tuberculeuse certaine des *sarcoïdes*, nous n'avons plus de raison à maintenir plus longtemps un terme qui prête à confusion. Tous les auteurs qui étudièrent la question avant nous, avaient déjà signalé cette imprécision d'une *expression clinique* souvent détournée de sa véritable signification; dont on faisait non pas le qualificatif d'un aspect d'une néoplasie, mais un substantif qui, dans l'esprit des uns, se confondait avec *tuberculide*, dans l'esprit des autres avec *granulome infectieux*. Actuellement, la question se pose nette: on est certain, tantôt de l'origine mycosique de ces lésions, tantôt et le plus souvent de leur étiologie bacillaire; aussi, c'est un groupe désormais sans valeur. Depuis longtemps déjà, les auteurs italiens ont commencé à ranger parmi les manifestations mycosiques, celles de ces néoplasies où ils ont mis en évidence le blastomycète; il ne nous reste qu'à suivre un exemple analogue en ce

qui a trait à la tuberculose. Nous savons que cette affection à type sarcomateux compte au nombre des manifestations bacillaires ; c'est donc à ce chapitre que nous la placerons.

Mais la plupart du temps nous sommes en présence d'une tuberculose atypique, manquant le plus souvent des principaux caractères ; c'est donc parmi les tuberculoses atypiques que nous la rangerons, et pour lui conserver cependant une certaine autonomie, après en avoir référé avec M. le professeur agrégé Gougerot, nous proposons de l'appeler *tuberculose sarcoïde cutanée*.

Nous évoquons ainsi et l'idée essentielle de tuberculose et celle de l'aspect lésionnel : en prononçant ce terme, nous savons que nous sommes en présence d'une tuberculose particulière, d'une tuberculose à *ressemblance sarcomateuse* et de la sorte nous perpétuons l'idée de Kaposi qui avait voulu, avant tout, voir dans cette expression tout adjectivé, un qualificatif de ressemblance et rien de plus.

En résumé le nom de *sarcoïde* est une étiquette provisoire, commode en clinique, mais insuffisante ; on doit par l'examen clinique et lorsqu'on le peut par l'étude anatomique, enfin par une enquête étiologique, clinique et bactériologique, rechercher par dessous les sarcoïdes les lésions les rattachant à un type connu en précisant leur étiologie. Le nom de sarcoïde disparaît alors ; il ne reste que comme une étiquette provisoire pour les cas dont l'étiologie est encore discutable.

CHAPITRE V

Ce que nous savons des tuberculoses sarcoïdes cutanées

Définition. — Ce sont des manifestations relativement assez rares de la *tuberculose* le plus souvent à *forme atypique*, multiples et d'évolution bénigne; siégeant dans le tissu conjonctif à des niveaux variables; affectant tantôt la forme de nodules bien limités, tantôt de cordons ou de masses à bords plus ou moins diffus; dures, parfois prurigineuses, le plus souvent indolentes; pouvant se rencontrer sur une partie quelconque du tronc, de la tête ou des membres; apparaissant presque également dans l'un et l'autre sexe; présentant surtout comme condition, qui les apparente à la classe des *tuberculides*, d'être privées parfois d'un ou de plusieurs des caractères de la tuberculose typique, en tous cas, n'ayant en général aucune tendance à l'ulcération et la suppuration. On ne trouve dans les lésions que rarement des bacilles que l'on puisse démontrer; la réaction à la tuberculine est rare et plus rarement encore l'inoculation expérimentale positive.

Étude clinique. — D'une manière générale, les *tubercules sarcoïdes cutanées* débutent le plus souvent d'une façon lente et insidieuse, et ce n'est souvent que par hasard que les malades ont l'attention fixée sur leurs lésions, qu'une occasion quelconque leur a fait découvrir ; d'autres fois ce sera une fluxion œdémateuse locale, rouge qui marquera cette apparition ; d'autrefois ce seront des macules ou papules plus ou moins prurigineuses.

L'affection une fois établie est caractérisée par la présence dans le derme, l'hypoderme, ou dans les deux à la fois, de masses nodulaires multiples, tantôt isolées, de forme variable, mais le plus souvent arrondies ou ovalaires, tantôt rassemblées pour constituer des cordons noueux ou des plaques bosselées à contour mal limité ; parfois masse unique.

Le volume des nodosités isolées est variable ; le plus souvent varie d'une tête d'épingle au volume d'un œuf de pigeon ; la forme n'a rien d'arrêté ; la consistance en est dure et fibreuse, donnent parfois absolument l'illusion d'un noyau de cartilage.

Le plus souvent mobiles sur les plans profonds, (Audry en cite cependant un cas adhérent au périoste sous-jacent), pouvant siéger indistinctement à tous les niveaux dans le derme ou l'hypoderme, elles sont néanmoins, pour la plupart, adhérentes à la peau qui présente à leur niveau des colorations variant du rouge vineux à la teinte rose cuivrée. La pression sur la tache n'en provoque pas la disparition. Cherchant à soulever la peau adhérente, l'on obtient

l'aspect granité de peau d'orange. Généralement indolentes, ces lésions peuvent devenir sensibles à la pression ou dans certains mouvements. On a cité des cas parfois très douloureux. La *tuberculose sarcoïde cutanée* peut s'observer sur n'importe quelle partie du corps, mais suivant les différents types cliniques, ces lésions siègeront plus particulièrement sur tel point ou tel autre.

L'état général ne semble nullement incommodé, et les sujets qui en sont affectés peuvent revêtir les dehors d'une parfaite santé apparente.

Les urines sont le plus souvent normales ; les organes thoraciques et abdominaux peuvent ne déceler aucune tare.

L'évolution en est essentiellement lente et chronique, sans tendance à la généralisation. La tuméfaction des ganglions souvent peu marquée est, dans beaucoup d'autres cas, absente. A la suite de traumatisme, les lésions peuvent devenir douloureuses, s'enflammer même légèrement ; puis, tout rentre dans l'ordre ; parfois, mais très rarement, elles peuvent suppurer un peu, mais, en général, c'est une suppuration minime, de peu de durée, le plus souvent occasionnelle.

La *tuberculose sarcoïde cutanée* est une manifestation presque toujours bénigne et multiple, dont la tendance à la multiplicité, très peu marquée dans certaines variétés, l'est beaucoup plus dans d'autres. La plupart des cas démontrés jusqu'ici ont été bénins et curables, et nous continuerons dans l'ensemble à

les considérer comme tels, faisant néanmoins remarquer que Gougerot, dans son *Étude des Réactions néoplasiques des tissus conjonctifs au bacille de Koch* a décrit des cas qui sont de vraies néoplasies malignes et qu'il rattache, comme nous le verrons à l'instant, aux tuberculoses sarcoïdes (et qui répondent, en effet, à la conception que nous nous faisons de cette lésion : tuberculose à forme sarcomateuse).

Classification des tuberculoses sarcoïdes cutanées

Dans ses conférences de juin 192, à l'hôpital Saint-Louis, M. le professeur agrégé Gougerot nous proposait, pour ce qui a trait aux *tuberculoses sarcoïdes cutanées*, cette classification que nous extrayons textuellement de nos notes de cours :

« *Les tuberculoses sarcoïdes cutanées*, prises dans le sens étymologique de *masses ressemblant cliniquement à des sarcomes*, peuvent se diviser en plusieurs groupes qui sont :

1° *Des tuberculoses sarcoïdes massives, volumineuses*. — L'erreur de diagnostic est faite cliniquement avec des tumeurs sarcomateuses et même histologiquement, le diagnostic est difficile quelquefois. Ce premier groupe mal connu, imprécis, comprend au moins deux sortes de faits distincts : a) des tuber-

cules infiltrés massés, hypodermiques ou musculaires, formés d'infiltrats lympho-conjonctifs, lymphoïdes, de follicules épithélioïdes, de cellules géantes, de placards dégénérés et caséés (tuberculome massif en activité); *b*) des tuberculomes scléreux, durs, plus ou moins limités ou diffus, histologiquement fibreux ou fibro-cellulaires, parfois difficiles à distinguer des fibro-sarcomes, mais j'ai pu, dans un cas, découvrir en un point, un follicule tuberculeux typique qui affirme la nature bacillaire de cette masse fibreuse; l'inoculation au cobaye venait quelques semaines plus tard confirmer ce diagnostic étiologique.

2° *Des tuberculoses sarcoïdes à gros nodules hypodermique.* — Cliniquement, limités ou diffus, récents ou anciens, adhérents ou non à la peau qu'ils peuvent envahir et exceptionnellement ulcérer, les cas de ce groupe comprennent :

a) Des gommes tuberculeuses torpides à centre caséeux, inoculables au cobaye, mais n'ulcérant pas, restant toujours au stade de masse indurée (cette variété est parfois appelée *tuberculose nodulaire de Krauss*); j'en ai observé un cas avec M. Beaudoin chez une femme adulte, siégeant à la cuisse; la peau était envahie, violacée et pigmentée; on crut à un sarcome ou un lympho-sarcome (voir au musée moulage n° 2543); je l'opérais: la plaie se cicatrisa par première intention et ne récidiva pas; la structure était celle de gommes tuberculeuses caséuses;

je n'ai pu déceler de bacilles sur les coupes, mais l'inoculation au cobaye fut positive ;

b) Des tuberculoses sarcoïdes, *type Darier-Roussy*, qui, on le sait, n'ulcèrent pas la peau et ne vont pas histologiquement jusqu'à la caséification ;

c) Des tuberculoses sarcoïdes, variété dermo-hypodermique de Winkler. J'en ai observé un cas chez une jeune fille atteinte de lymphangiome de la paroi abdominale ; les nodules, au nombre d'une dizaine, siégeaient surtout sur l'abdomen, envahissaient le derme, déprimaient la peau, et restèrent, durant toute l'évolution, sans ulcérer l'épiderme : il ne fut pas fait de biopsie ;

d) Des tuberculoses sarcoïdes, forme de transition vers l'érythème induré de Bazin, dont j'en ai recueilli une observation dans la clinique du professeur Gaucher (V. obs. n° 19053) ;

3° *Des tuberculoses sarcoïdes plus ou moins proches du lupus* (d'où le nom de *lupoïde* que lui donne Darier) ;

a) Sarcoïde ou lupoïde de Bœck à lésion dermique, disséminée, à éléments très nombreux, rouge violacés et indurés au début, puis orangés et ramollis, ne s'ulcérant qu'exceptionnellement (Voir Musée, n° 56-2237) ;

b) Tuberculose sarcoïde dermique à éléments rares, telle une observation que j'ai suivie avec M. Bonnaud ;

c) Tuberculose sarcoïde, à lésion unique, ressemblant à un lupus massif par la mollesse et la teinte rouge orangée des placards bien limités; histologiquement, ce placard est : tantôt à structure folliculaire typique comme le lupus, mais l'inoculation peut être négative, tel ce cas d'une tuberculose sarcoïde siégeant à la face chez une petite fille et que j'ai suivi avec mon regretté ami M. Dreyfus; tantôt la structure est lympho-conjonctive avec rares follicules tuberculeux et pourtant l'inoculation a, dans un cas, été positive. En somme, ces lésions ressemblent donc à un lupus massif, limité, soit plutôt à des sarcoïdes de Böeck à lésion unique;

d) Tuberculose sarcoïde dermique ressemblant à un lépreux par sa teinte jaune, sa consistance élastique; tel est ce cas que j'ai suivi avec M. Vermorel; l'une des lésions siégeait à la face, était indurée, chondroïde sur un bord, ulcérée sur le segment inférieur; l'histologie montra la structure d'un tubercule folliculaire (il n'y avait aucun bacille de Hansen);

e) Tuberculose sarcoïde à nodules violacés ressemblant à des sarcomes ou lympho-sarcomes, telle est l'observation que je vous résumais l'autre jour (V. obs. n° 20003);

4° Des tuberculoses sarcoïdes, type lympho-sarcoïde, dont j'ai publié une première observation dans les *Annales de Dermatologie*, 1906, et une deuxième dans le *Journal* du professeur Bouchard. Dans le

premier cas, au centre du nodule néoplasique qui ressemblait au mycosis fongoïde, on voyait un follicule tuberculeux typique, mais l'inoculation resta négative. Dans le deuxième cas, tout le tissu était celui d'un lympho-sarcome ou d'un mycosis fongoïde ; il n'y avait pas de follicule ni de cellules géantestuberculeuses, mais l'inoculation fut positive ;

5° *Des tuberculoses sarcoïdes à type sarcome bacillaire ou tuberculoses sarcomatiformes.* — J'en ai publié un cas dans le *Journal* du professeur Bouchard, 1908 : c'était un nodule de sarcome à cellules fusiformes, caractéristique par sa structure, ses vaisseaux, etc. ; l'origine bacillaire a été démontrée par la présence d'un follicule tuberculeux typique au bord de la lésion, et par l'inoculation positive au cobaye ;

6° *Des tuberculoses sarcoïdes à type lymphadénome bacillaire.* — J'en ai publié un cas (*Journal* du professeur Bouchard, 1908) qui débuta par la lèvre, se comporta comme tumeur maligne en s'étendant à toute la face, à la cavité buccale, et en donnant des métastases aux membres inférieurs ; la structure était histologiquement non folliculaire, impossible à différencier des lymphadénomes malins, et pourtant la nature bacillaire fut démontrée par la présence de bacilles dans la lésion, et quelques mois plus tard, le malade était emporté de tuberculose pulmonaire. » (GOUGEROT).

Étude clinique de quelques types des plus connus de cette classification

Nous aurons surtout en vue les types Bœck-Darier le type lympho-sarcoïde de Gougerot, et le type Darier-Roussy.

a) **Type Bœck-Darier.** — Encore appelé *lupoïde miliaire disséminée*, c'est une éruption d'élevures hémisphériques du volume d'un grain de plomb à celui d'un gros pois, de coloration rose, puis livide et brunâtre, à surface lisse ou très légèrement squameuse, de consistance demi-molle. A la vitro-pression, leur tissu est moins translucide que celui d'un lipome et paraît souvent formé de grains séparés. L'éruption est toujours symétrique, mais d'une symétrie imparfaite, et siège sur la figure, les épaules, les poignets; et, en général, sur la face d'extension des membres supérieurs; s'observe plus rarement au cuir chevelu, le dos ou les membres inférieurs. Apparaît en quelques semaines, mais augmente pendant des mois ou des années par accroissement et multiplication des éléments; à la longue, les éléments s'aplatissent, s'étalent en taches numulaires parfois marginées, et finissent par s'effacer en laissant une cicatrice atrophique, souvent peu apparente : ne s'ulcèrent jamais.

La durée de la maladie est très variable, de cinq à dix ans et davantage. On l'observe bien plus

souvent chez des femmes, entre l'âge de quinze ans et celui de quarante ans, que chez des hommes. Les ganglions lymphatiques sont quelquefois engorgés. Dans bien des cas, les malades sont atteints en même temps de tuberculose viscérale.

L'histologie des tuberculoses lupoiïdes est caractéristique. On y trouve, dans le derme, de larges amas lobulés ou ramifiés, formés principalement de cellules épithélioïdes, de lymphocytes et de quelques rares cellules géantes; ces amas sont séparés par des travées conjonctives où l'on ne remarque presque aucune trace d'inflammation (Darier).

b) Type Gougerot. — Encore appelé *lymphosarcoïde*, ce type est un exemple de réaction néoplasique analogue au tissu de certains lympho-sarcomes ou mycosis fongoïde développée autour de follicules tuberculeux; forme l'intermédiaire entre le type Bœck, le lymphadénome et le mycosis fongoïde. Cliniquement, apparaît chez des sujets jeunes ou des adultes, siège presque exclusivement au thorax (au dos comme à la face antérieure); le visage est complètement épargné; atteint à peine la nuque; est exceptionnel aux membres. Les caractères et l'aspect de chaque lésion sont uniformes; ce sont de petits nodules dermiques arrondis, gros comme des pois, saillants, hémisphériques, rose pâle à centre plus foncé, à bords nets; ils n'ont pas de malignité clinique. La surface est lisse, jamais squameuse, ni croûtelleuse. Leur centre est translucide; il n'existe

pas de macules. L'éruption est très monomorphe. Histologiquement, la zone néoplasique, qui entoure le follicule tuberculeux, est très large, beaucoup plus large que le follicule qui manque sur la plupart des coupes. Elle est formée par un stroma réticulé et par des cellules infiltrées dans ce stroma. Le stroma est constitué par des cellules conjonctives très hypertrophiées et enflammées, anastomosées par leurs prolongements protoplasmiques. A ce réticulum cellulaire protoplasmique s'ajoutent des fibrilles collagènes. Ces cellules conjonctives sont en réaction intense. De nombreuses cellules prennent l'aspect monstrueux. On observe ça et là quelques cellules géantes (Gougerot).

c) **Type Darier-Roussy.** — Alors que les deux types précédents sont dermiques ou dermo-hypodermique, celui-ci est franchement hypodermique. L'affection est caractérisée par la présence de nodosités multiples, siégeant dans l'hypoderme, tantôt isolées, arrondies ou ovalaires, tantôt réunies entre elles pour constituer soit des cordons noueux qui suivent la distribution des vaisseaux de la région, soit de vastes placards irrégulièrement bosselés et marbrés, pouvant atteindre 15 à 20 centimètres de longueur. Le volume des tumeurs isolées peut varier de la grosseur d'une tête d'épingle à celle d'une noisette et d'une grosse noix. Histologiquement, présente le plus souvent des follicules typiques.

Anatomie pathologique. — Malgré que tous les cas ne soient pas indénitivement superposables, ce qui tient sans doute à leur ancienneté variable, au siège différent des lésions, à la différence de vitalité du bacille, au terrain sur lequel il se développe, néanmoins l'on peut en donner une description d'ensemble.

La masse néoformée est parfois bien circonscrite, plus souvent adhérente aux tissus ambiants, d'autrefois, diffuse et en tous les cas, difficilement énucléable. A la coupe, le tissu est grisâtre, blanchâtre, rosé, blanc jaunâtre suivant les cas, fibreux, même très résistant et ligneux parfois ; ce sont des travées conjonctives envoyant des prolongements dans le tissu voisin et enserrant dans leurs mailles des portions de tissu où l'on peut démontrer l'aspect tuberculoïde.

Histologiquement, les éléments constitutants sont :

1^o Des *cellules épithélioïdes* qui sont en majorité : elles ont un grand noyau ovalaire, faiblement colorable ; un corps cellulaire irrégulier, polygonal, fusiforme, muni parfois de prolongements ; un protoplasma granuleux plus ou moins acidophile, quelquefois vitreux ou au contraire spongieux ; elles sont souvent manifestement dégénérées, et, dans ce cas, leur noyau est très pâle, leur limite est peu nette ; elles semblent parfois s'agglomérer ou confluer pour constituer des cellules géantes :

2^o) Des *cellules géantes* d'abondance et de dimension variables. Le nombre de leurs noyaux est également variable ;

3° Des *lymphocytes* qui se groupent d'une façon qui n'obéit à aucune loi fixe, parfois en amas sur les bords, d'autre fois en couronne autour des cellules géantes.

En résumé, c'est le groupement que l'on observe dans les follicules tuberculeux élémentaires, mais il s'en faut que cette disposition soit toujours aussi caractérisée, et bien souvent la néoplasie n'est pas folliculaire.

Tout autour, le tissu conjonctif réagit, revient à l'état embryonnaire et constitue ces travées épaisses qui englobent le processus, et, dans l'ensemble, forme ces amas fibreux et durs que nous avons déjà fait prévoir la clinique.

La recherche des bacilles donne souvent des résultats négatifs, quoi qu'on ait pu les déceler dans quelques cas plus heureux. On attribue assez généralement ce résultat au peu de vitalité des bacilles qui, bien souvent, sont phagocytés ou d'autres fois, morts, ne donnant plus les réactions typiques aux colorants.

Diagnostic. — Il est, la plupart du temps, difficile, car il sera à faire avec les nombreuses formes de tuberculose cutanée, pouvant, à un moment quelconque, simuler cet aspect, et avec toutes les tumeurs cutanées.

On devra le faire également avec toutes les infections chroniques à manifestations cutanées, syphilis, mycoses, lèpre, etc., et souvent l'on sera forcé

d'avoir recours à la biopsie et à l'examen histologique et bactériologique pour affirmer le diagnostic qui aura été impossible d'après les seules ressources de la clinique.

Cependant, il y aura parfois des éléments qui pourront orienter plus facilement dans un sens ou dans l'autre.

Souvent, il s'agira d'individus ayant eu des antécédents bacillaires : adénites, écouvelles, pleurésie, etc. ; d'autres fois ce seront des individus n'ayant jamais été aux colonies ou dans des endroits où la lèpre sévit ; d'ailleurs, celle-ci présente le plus souvent des lésions concomitantes qui peuvent aider au diagnostic ; parfois, ce seront des sujets chez qui l'on a aucune raison de suspecter la syphilis ; d'ailleurs, nous pourrions essayer le traitement d'épreuve, faire le Wassermann, etc.

En résumé, ce sera un diagnostic souvent peu aisé d'autant plus que cette variété de tuberculose manquera bien souvent des caractères propres aux lésions tuberculeuses typiques.

Pathogénie. — Cette affection est-elle causée par les toxines, est-elle causée par les bacilles ?

Le fait, que l'on ne démontre que très rarement des bacilles, peut laisser à penser qu'il ne s'agit que de réaction aux toxines. Cependant, Darier, n'injectant à l'animal que des toxines solubles, n'est pas parvenu à reproduire des tuberculides typiques, tandis que, par contre, Gougerot et Laroche sont

parvenus à ce résultat en inoculant au cobaye des bacilles peu virulents ou morts. En conclusion, on admet assez généralement qu'il s'agit de *néoformations produites sur un terrain résistant par des bacilles atténués ou morts, agissant par leurs sécrétions insolubles, à action locale* (Haury).

Traitement. — L'on en a proposé plusieurs. Beaucoup, en particulier Bœck, préconisent l'arsenic ; en tout cas, c'est un traitement à longue échéance ; chacun pourra employer la forme arsenicale qui lui convient le mieux ; cependant, beaucoup recommandent le cacodylate de soude en injections sous-cutanées ; certains vantent l'hectine aux mêmes doses que pour la syphilis ; pour nous, c'est l'arrhénal, à la dose quotidienne de 5 centigrammes, avec arrêt de huit jours, toutes les semaines, qui nous a donné les meilleurs résultats ; Gougerot propose de varier les formes arsenicales pour un même malade ; Darier a obtenu de bons résultats avec les *injections de tuberculine* (tuberculine ancienne de Koch) ; d'autres vantent la radiothérapie ; quelques-uns ont préconisé les *injections de calomel* intra-fessières.

En résumé, rien ne nous autorise à vanter plus ou moins tel ou tel traitement ; mais, en tous cas, il faudra veiller à la bonne hygiène générale du malade.

CONCLUSIONS

Les sarcoïdes (des mots grecs σὰρξ, κίς chair et εἶδος forme) sont l'équivalent d'une *expression clinique* servant à désigner des réactions néoplasiques à type lympho-conjonctif ressemblant au sarcome, et dont l'étiologie est variée.

Parmi les causes, la tuberculose est plus fréquente.

C'est pourquoi nous proposons : 1° l'adoption du terme de *tuberculose sarcoïde cutanée* pour ce qui a trait à celles de ces néoplasies d'origine bacillaire ; 2° l'abandon du terme *sarcoïde* en tant que substantif, pour ne lui conserver qu'une signification tout adjectivale, celle consacrée par l'autorité de Kaposi : « néoplasie d'aspect sarcomateux. »

Vu : le Président de la thèse,

GAUCHER

Vu : le Doyen,
LANDOUZY

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

LIARD

BIBLIOGRAPHIE

- ARNING. — Ein Fall von Pseudoleukæmie mit multiplen Haut-Scheimhaut und muskeltumoren (Deutsch. med. Wochensch., 1890).
- AUDRY. — Sur une maladie noueuse et symétrique de la face, forme nouvelle de sarcoïde hypodermique, caractérisée par sa localisation symétrique à la face, ses adhérences au périoste sous-jacent et l'absence de follicule tuberculoïde (Ann. de Derm. et syph., 1910).
- BEYERLE. — Ein Fall von grosszelligem Sarkom der Haut (Würzburg, 1892).
- BERING. — Zur Kenntniss der Böckschen Sarkoïd. (Dermatologische Zeitschrift, 1910).
- BEURMANN et GOUGEROT. — Les Sporotrichoses hypodermiques (Ann. de Derm. et de Syph., 1906).
- BÖCK (C.). — D'un sarcoïde cutané multiple et bénin (Journal of cutaneous and genito-urinary diseases. N.-Y., 1899).
- Weitere Beobachtungen über das multiple sarkoïd der Haut (Festschrift Kaposi 3. Prof. Jubil. Wien. u. Leipz., 1900).
 - Fortgesetzte Untersuchungen über das multiple benigne sarkoïd (Arch. für Derm. u. Syph., 1905).
- BOUDET. — Sarcoïde sous-cutanée traitée par radiothérapie (Trib. médicale. Paris, 1909).
- BOGOLEPOW. — Sarcoïde bénin ou lupôide miliaire de Böck, sur la face dorsale de la main et des doigts (Jour. Russe de Derm., 1910).

BREDA. — Sarcoïdes bénignes cutanées (Bœck-Darier) de la face et du cou, simulant l'adénome sébacé (Ann. de Derm. et Syph., 1911).

BROCQ, PAUTRIER et FAGE. — Un cas de sarcoïde intermédiaire entre celui de Darier et celui de Bœck (Société médicale des Hôpitaux. Paris, 1907).

CAPELLI. — Un cas de sarcoïde sous-cutanée de Darier (Ann. de Derm. et Syph., 1911).

COLEY. — Guérison de sarcomes par des toxines de streptocoque et de Bac. prodigiosus (Americ. med. surgical Bull., 1895).

DANLOS et FLANDIN. — Coexistence de lupus de la face et de sarcoïde de Bœck (Soc. franç. de Derm. et Syph., 1909).

DANLOS et LÉVY-FRANKEL. — Tuberculose atypique se rapprochant des sarcoïdes de Bœck (Bull. Soc. franç. de Derm., 1909).

DARIER et ROUSSY. — Un cas de tumeurs bénignes multiples (sarcoïdes sous-cutanées ou tuberculides nodulaires hypodermiques) (Bull. Soc. franç. de Derm. et Syph. Paris, 1904).

— Des sarcoïdes sous-cutanées. Contribution à l'étude des tuberculides ou tuberculose atténuée de l'hypoderme (Arch. de Méd. exp. et d'Anat. path. Paris, 1906).

DARIER. — Maladie d'Addison avec tumeur cutanée (sarcoïde contenant le bacille de Koch) (Bull. de la Soc. de Derm., 1908).

— Précis de Dermatologie, éd., 1909.

— A propos d'un cas de sarcoïde de la face (Société franç. de Derm. et Syph., 1909).

— Die cutanen und sub-cutanen sarcoïde. Ihre Beziehungen zum Sarkom, zur Lymphodermie, zur tuberkulose, u. s. w. (Monatsh. für prakt. Derm., 1910).

ECK. — Contribution à l'étude des sarcoïdes de Bœck (sarcoïde multiple bénigne de la peau). Thèse de Paris, 1905.

- FENDT. — Beiträge zur Kenntniss der sogenannten sarcoïden geschwülste der Haut (Arch. für Derm. u. Syph., 1900).
- FORDYCE. — Case for Diagnosis sarcoïd or erythema pers-
taus (J. of. cut. a. Gen. Ur. D., 1911).
- FOX. — Sarcoïd (J. of. cut. a. Gen. Ur. D., 1911).
- FOX and WILE. — Sarcoïd tumor of the skin with report of
a case of the Bœck type (Boston medical and surgical
Journal, 1911).
- FRANÇAIS. — Un cas de sarcoïde sous-cutanée multiple
(Ann. de Derm. et Syph. Paris, 1905).
- GALEWSKY. — Demonstration eines Falles von benigner
Sarkoïder Geschwulst der Haut (Verhandl. d.
Gesellsch. deutsch. Naturf. U. Aerzte, 1907).
- Multiples benignes Sarkoïd (Arch. für Derm., 1910).
 - Beitrag zur Kenntniss des Bœckschen benignen
Sarkoïd (Arch. für Derm., 1911).
- GAUCHER. — Traité des maladies cutanées. Conférences
cliniques sur les maladies cutanées. H. Saint-Louis,
1912.
- GANGITANO. — Dei sarcoïdi sottocutanei. Contributa allo
loro origine blasto micetica (Clinica chirur. Milano,
1908).
- GOUGEROT. — Lympho sarcoïde (variété nouvelle de
Sarcoïde) (Ann. de Derm. et Syph. Paris, 1906).
- Réactions néoplasiques des tissus conjonctifs au
bacille de Koch (Lymphadénome, lympho-sar-
coïdes, sarcome, fibromes, lipomes, ostéomes bacil-
laires). Cancer et tuberculose: contribution à l'étude
pathogénique des tumeurs lympho-conjonctives
(Journal de Phys. et de Path. générale. Paris, 1908).
 - Conférence sur la Sporotrichose. Paris, 1912.
 - Conférences cliniques sur les mal. cutanées. Hôp.
Saint-Louis, 1912.
- GOUGEROT et LAROCHE. — Réalisation de tuberculides expé-
rimentales (Journal de Physiologie et d'Anatomie
pathologique, 1907 et 1908).

- GROSS. — Syphilis oder Boeckschen Miliärlupoïd (Arch. für Derm., 1910).
- HALBERSTAEDTER. — Boecksches Sarkoïd (Berliner dermat. Gesellschaft, 1911).
- HALLE. — Boecksches Sarkoïd (Berl. Derm. Gesellsch., 1909).
- HALLOPEAU et ECK. — A propos d'un cas de sarcoïde de Bœck (Annales de Dermatologie, 1902).
- HALKIN. — Contribution à l'étude du sarcoïde de la peau (Archiv. für Derm. u. Syph., 1907).
- KAPOSI. — Lehrbuch der Hautkrankheiten, 1893.
— Zwei Falle von Sarkomatose (Verhandlungen d. Deutsch. Derm. Gesellschaft. Leipzig, 1891).
- KYRLE. — Über eigentümliche histologische Bilder bei Hauttuberkulose und deren Beziehung zum benignen Miliärlupoïd (Bœck) (Arch. für Derm., 1910).
- KOBNER. — Heilung eines Falles von allgemeiner Sarkomatose der Haut durch subcutane Arsenicinjectionen (Berliner Klin. Wochenschr., 1883).
- KÖNIGSTEIN. — Boecksches Sarkoïd (Wiener Derm. Gesellsch., 1909).
- LEGRAIN. — Guérison de sarcome cutané (Académie de médecine, 1896).
- LITTLE. — Case for diagnosis. Sporotrichosis? Hypodermie Sarcoïd? (Proceedings of the royal Society of Medicine of London; Derm., sect., 1911).
— Case for diagnosis. Erythema iris? Rheumatic nodules? Sarcoïd? P. S., of, L.; Dermatol., section, 1911).
- LIPSCHUTZ. — Fall von benignen Miliärlupoïd (Bœck) (Arch. für Derm., 1910).
— Benignen Miliärlupoïd (Sarkoïd Bœck) (Arch. für Derm., 1910).
- MORAWETZ. — Miliärlupoïd (Bœck) (Arch. für Derm., 1910).
- MORIS. — Case for Diagnosis. Benign. Sarcoïd of Bœck (J. of Cut. a. Gen. Ur. D., 1910).

- MEIROWSKY. — Fall von Boecks Sarkoïd (Arch. für. Derm., 1909).
- MOROZOFF. — Zur frage der benignen Neubildungen der Haut von Boeckschem Typus auf Grund eines selbst beobachteten Falles (Jour. Russe de Derm., 1908).
- MAX-JOSEPH. — Ueber Hautsarcomatose (Arch. für Derm. u. Syph., 1898).
- MAZZA. — Sul sarcoïde di Boeck (Gior. ital. d. mal. ven. Milano, 1906).
- NOBL. — Boecksches Sarkoïd bei einer, 24 jærhigen Patientin (Arch. für Derm., 1909).
- PERRIN. — — Sarcomatose cutanée. Thèse de Paris, 1886.
- PELAGATTI. — Infiammazione produttiva nodulare del tessuto sottocutaneo (Sarcoïde sottocutaneo di Darier) (Gior. ital. d. mal. ven. Milano, 1906).
- A proposito di un caso di sarcoïde sottocutaneo del Darier (ibid., 1907).
- PINI. — Die Sarkom und Sarkoïde der Haut (Stuttgart., 1901).
- PIRKAUER. — Fall. zur Diagnose. Sarkoïd Boeck (?) (Breslauer Dermatologische Vereinigung, 1908).
- Boecksches Sarkoïd (Arch. für. Derm., 1909).
- PPEHLMANN. — Zur Frage des sogenannten benignen Miliarlupoïd (Boeck-Darier) (Arch. für Derm., 1910).
- POLLITZER. — Note sur un cas de sarcoïde (Congrès international de Dermatologie, 1907).
- POSPELOW. — Ein Fall von erfolgreicher arsenmedication bei Hautsarem (Arch. für Derm. u. Syph., 1896).
- RAZZABONI. — Contributo clinico e anatomico-patologico allo studio dei sarcoïdi e allo loro origine blastomicetico (Cl. chir. Milano, 1909).
- SPIEGLER. — Über die Sogenannte Sarkomatosis cutis (Arch. für Derm., 1894).
- TANDLER. — Beitrag zur Kenntniss du sarkomatosis Cutis (Arch. für Derm., 1897).
- TEREBINSKY. — Cas de sarcoïdes multiples bénins de Boeck (Congrès Pirogoff. Pétersbourg, 1910).

THIBIERGE. — Un cas de sarcoïde du type Darier (Soc. méd. des Hôpitaux, 1906).

THIBIERGE et BORD. — Note sur 2 cas de sarcoïdes sous-cutanées (Ann. de Derm. et Syph. Paris, 1907).

TOUTON. — Ein durch Arsen geheilter Fall von sogenannter allgemeiner Hautsarkomatose auf leukämischer oder pseudo leukämischer Grundlage (Sitzungsberichte der Gesellschaft für Morphologie und Physiologie zu München, 1892).

UNNA. — Histopathologie der Hautkrankheiten.

URBAN. — Sarkoïd Boeck (?) (Bresl. Derm. Verein, 1908).

— Zur Kasuistik der Boeckschen Sarkoïde (Arch. für Derm., 1910).

WINKLER. — Beitrag zur Frage der sarkoïde (Boeck) resp. der subkutanen nodulären Tuberculide (Darier) (Arch. für Derm., 1905).

ZIELER. — Boecksches sarkoïd und seine angeblichen Beziehungen zur Tuberkulose (Berl. Klinische Wochenschr., 1909).